



新北市家庭照顧者支持服務中心(D區)

個案管理服務轉介單

壹、轉介單位資料					
單位名稱				轉介日期	按一下這裡以輸入日期。
填表人		連絡電話		傳真	
貳、照顧者基本資料					
姓名		出生年月日	按一下這裡以輸入日期。	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身分證字號					
福利身分	<input type="checkbox"/> 一般戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶		身心障礙證明	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，選擇一個項目。 障礙程度：選擇一個項目。	
	<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 榮民身分		工作狀況	選擇一個項目。	
與被照顧者關係	<input type="checkbox"/> 1. 夫妻 <input type="checkbox"/> 2. 母女 <input type="checkbox"/> 3. 母子 <input type="checkbox"/> 4. 父女 <input type="checkbox"/> 5. 父子 <input type="checkbox"/> 6. 手足 <input type="checkbox"/> 7. 配偶的父母(公公/婆婆/岳父/岳母) <input type="checkbox"/> 8. 其他_____		聯絡地址	□□□ 市 區 路/ 街 段 巷 弄 號 樓(之)	
			市話	手機	
			照顧開始時間	自民國_____年起	
參、被照顧者基本資料					
姓名		出生年月日	按一下這裡以輸入日期。	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身分證字號					
福利身分	<input type="checkbox"/> 一般戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶		身心障礙證明	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，選擇一個項目。 障礙程度：選擇一個項目。	
	<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 榮民身分		長照個案	第選擇一個項目。級	
被照顧者疾病類型	<input type="checkbox"/> 1. 中風 <input type="checkbox"/> 2. 帕金森氏症 <input type="checkbox"/> 3. 精神疾病 <input type="checkbox"/> 4. 髖關節骨折 <input type="checkbox"/> 5. 癌症_____ <input type="checkbox"/> 6. 其他_____				

● 初篩指標：

1. 睡眠受到干擾 (例如：需在夜間照顧頻繁起床的個案)
2. 體力上的負荷 (例如：需花費體力協助個案移動)
3. 需分配時間照顧其他家人 (例如：來自其他家庭成員的要求)
4. 對個案的行為感到困擾 (例如：失禁、記憶問題)
5. 無法承受照顧壓力 (例如：擔心無法好好照顧個案)

上列描述答【是】三題以上(包含三題)者，請繼續往下：

- A1. 有家暴情事 A2. 照顧者有自殺意念 A3. 照顧者(疑似)精神病人
- A4. 照顧者是病人 B5. 照顧者無照顧替手 B6. 照顧者須照顧2人以上
- B7. 男性照顧者 B8. 照顧者本身是重大傷病或身心障礙病人 B9. 被照顧者是失智病人
- ※編號 A1-A4 符合一項即可轉介；編號 B5-B9 須符合兩項得轉介。

肆、案家照顧概況及照顧問題概述**伍、家系生態圖****陸、服務需求**

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 照顧知能訓練課程 | <input type="checkbox"/> 照顧者支持團體 | <input type="checkbox"/> 照顧者自我健康管理團體 |
| <input type="checkbox"/> 到宅照顧技巧指導服務 | <input type="checkbox"/> 心理協談服務 | <input type="checkbox"/> 志工電話關懷服務 |
| <input type="checkbox"/> 個案管理服務 | <input type="checkbox"/> 到宅心理支持服務 | <input type="checkbox"/> 其他_____ |

柒、轉介目的



承辦人員		主管核章	
------	--	------	--

-----回覆單-----

受轉介單位：

電話：

傳真：

個案姓名		回覆日期：按一下這裡以輸入日期。
回覆欄	<input type="checkbox"/> 不受理，原因： <input type="checkbox"/> 受 理	

接案個管師/員：

督導/主管核章：

